

**WISCONSIN MEDICAID
CONSENTIMIENTO PARA LA ESTERILIZACION
(STERILIZATION INFORMED CONSENT)**

Nota: Si en cualquier momento decide no hacerse esterilizar, no se le retirará ni retendrá ningún beneficio proporcionado por programas o proyectos que reciben financiamiento federal.

CONSENTIMIENTO PARA LA ESTERILIZACIÓN

He pedido y he recibido información sobre la esterilización de

_____.
(Médico o Clínica)

Cuando pedí la información inicialmente, me dijeron que la decisión de hacerme esterilizar o no era únicamente mía. Me dijeron que yo podía decidir no hacerme esterilizar. Me dijeron que si yo decido no hacerme esterilizar, mi decisión no afectará mi derecho de recibir tratamiento o atención en el futuro. También me dijeron que no perderé ninguna asistencia ni beneficios de los programas que reciben financiamiento federal, tal como *BadgerCare* o *Medicaid* que ahora recibo o por los cuales yo podría llegar a ser elegible.

ENTIENDO QUE LA ESTERILIZACION DEBE SER CONSIDERADA **PERMANENTE E IRREVERSIBLE**. YO HE DECIDIDO QUE NO DESEO QUEDAR EMBARAZADA, DAR A LUZ, O SER MADRE/PADRE DE NIÑO.

Me dijeron acerca de los métodos temporales de control de la natalidad que se encuentran disponibles y que me pueden proporcionar los cuales me permitirán dar a luz o ser madre/padre de un niño en el futuro. Yo he rechazado estas alternativas y he decidido hacerme esterilizar.

Entiendo que me esterilizarán a través de una operación que se conoce como _____.
(Especifique el tipo de operación)

Me han explicado cuales serían los malestares, riesgos, y beneficios asociados con la operación. Todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

Entiendo que la operación se efectuará por lo menos 30 días después de que yo firme este formulario. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento, y que mi decisión de no hacerme esterilizar en cualquier momento no dará como consecuencia la retención de ningún beneficio ni servicio médico que proporcionan los programas con financiamiento federal.

Tengo por lo menos 21 años de edad y nací en fecha _____.
(mes/día/año)

yo, _____, doy consentimiento por
(La persona que se hará esterilizar)

mi propia voluntad a hacerme esterilizar por _____ a través de un método
(Médico)

denominado _____. Mi
(Especifique el tipo de operación)
consentimiento se vence a los 180 días después de la fecha de mi firma abajo.

También doy consentimiento para revelar este formulario y otros registros médicos sobre la operación a:

Representantes del *Department of Health and Family Services*, o a funcionarios de programas o proyectos financiados por el Departamento pero sólo con el propósito de determinar si se cumplieron las leyes federales. He recibido una copia de este formulario.

_____ Fecha _____
(Firma de la persona que se hará esterilizar) (mes/día/año)

Favor de proporcionar la siguiente información, pero no es requerida:

Raza y etnicidad (favor de marcar)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indio nativo americano | <input type="checkbox"/> Negro (no de origen hispano) |
| <input type="checkbox"/> Indio nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Hispano |
| <input type="checkbox"/> Asiático o de las Islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Blanco (no de origen hispano) |

DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE

Si se proporcionaron los servicios de un intérprete para ayudar a la persona que va a ser esterilizada:

He traducido la información y los consejos que proporcionó en forma oral la persona que está obteniendo este consentimiento para la persona que se hará esterilizar. También he leído para esta persona el formulario de consentimiento en

_____, y le he explicado su contenido.
(idioma)

Según lo mejor de mis conocimientos y convicción, él/ella ha entendido esta explicación.

_____ Fecha _____
(Firma del Intérprete) (mes/día/año)

**DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE ESTÁ
OBTENIENDO EL CONSENTIMIENTO**

Antes de que _____ firme este
Nombre de la persona

formulario de consentimiento, le expliqué la naturaleza de la operación de esterilización, el hecho de que será un procedimiento final e irreversible y los malestares, riesgos y beneficios asociados con la misma.

He orientado a la persona que se hará esterilizar sobre otros métodos alternativos de control de la natalidad disponibles que son temporales. Le he explicado que la esterilización es diferente porque es permanente.

He informado a la persona que se hará esterilizar que puede revocar su consentimiento en cualquier momento y que él/ella no perderá ningún servicio ni beneficio de salud proporcionado con financiamiento federal.

Según lo mejor de mis conocimientos y convicción, la persona que se hará esterilizar tiene por lo menos 21 años de edad y parece mentalmente competente. El/ella solicitó a sabiendas en forma voluntaria ser esterilizado/a y parece entender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

Firma de la persona que obtendrá el consentimiento (mes/día/año)

Establecimiento

Dirección

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Antes de realizar la operación de esterilización a

_____ el _____,
Nombre de la persona que se hará esterilizar Fecha de la operación
yo le expliqué la naturaleza de la operación de esterilización

Especifique el tipo de operación
el hecho de que será un procedimiento final e irreversible y los malestares, riesgos y beneficios asociados con el mismo.

Yo le di orientación a la persona que se hará esterilizar sobre otros métodos de control de la natalidad que son temporales. Le expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.

Le informé a la persona que se hará esterilizar que se puede revocar su consentimiento en cualquier momento que él/ella no perderá ningún servicio ni beneficio de salud proporcionado con financiamiento federal.

Según lo mejor de mis conocimientos y creencias, la persona que se hará esterilizar tiene por lo menos 21 años de edad y parece mentalmente competente. El/ella solicitó en forma voluntaria y a sabiendas ser esterilizado/a y parece entender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

(Instrucciones para utilizar otros párrafos finales: Utilice el primer párrafo de abajo, excepto en los casos de un parto prematuro o una cirugía abdominal de emergencia donde se realice la esterilización menos de 30 días después de la fecha de la firma de la persona que aparece en el formulario de consentimiento. En esos casos, se debe utilizar el segundo párrafo. Tache el párrafo que no se utilice.)

1. Han transcurrido por lo menos treinta (30) días entre la fecha de la firma de la persona que aparece este formulario de consentimiento y la fecha en que se realizó la esterilización.
2. Esta esterilización se realizó menos de treinta (30) días pero más de 72 horas después de la fecha de la firma de la persona que aparece en este formulario de consentimiento, debido a las siguientes circunstancias (marque el recuadro aplicable y llene la información que se solicita).

Parto prematuro

Fecha prevista del parto de la persona _____

Cirugía abdominal de emergencia (describa las circunstancias)

Firma del Médico

(mes/día/año)